



## **Reflexions del Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut al voltant de la situació viscuda durant la pandèmia de la covid-19**

Els membres del Comitè d'Ètica Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (CEAAPICS), com a ciutadans i ciutadanes i professionals de la salut, i amb l'accent posat en l'ètica, hem reflexionat al voltant de la situació passada.

Tenint en compte els principis ètics bàsics (beneficència, no maleficència, autonomia i justícia), veiem que hem retrocedit en el respecte envers aquests principis, sobretot en l'autonomia i la dignitat de les persones.

Ens trobem en una situació d'excepcionalitat donada per aquesta pandèmia altament contagiosa i amb una mortalitat no subestimable. Reconeixem la saturació patida pel sistema sanitari, en la qual estem immersos, i la gran dificultat de prendre decisions de caire polític i organitzacional, atesa a més la incertesa en relació amb el coneixement científic amb què ens hem enfrontat i que ha conduït a respostes variades, a vegades allunyades de la prudència. Les macrodecisions repercuteixen de forma immediata en les microdecisions, sense exigir que s'apliquin amb veracitat, transparència, responsabilitat, proporcionalitat i retiment de comptes.

Pensem, però, que és el moment de reflexionar, revisar i aprendre per iniciar la nova normalitat del sistema sanitari, millorant-ne l'estructura i el funcionament per evitar repetir errors. Ara, amb la situació que patim —que no ens permet oblidar la realitat de la pandèmia però que té una gravetat quant a l'entorn assistencial més lleu—, és el moment d'explicitar els valors que considerem essencials i que no podem perdre. És el moment de posar sobre la taula allò que no podem acceptar, els límits que no podem traspasar: hem après del model de gestió de les presons?, analitzem el dia a dia i en detectem les iniquitats?, posem nom a les coses?, detectem les cadenes d'errors?, posem tallafocs per evitar-les?, qui en surt més beneficiat i qui més perjudicat, algun col·lectiu en especial?... És el moment de recuperar allò expressat en el Codi ètic de la institució, de revisar-lo i, si escau, de posar-lo al dia en el context actual.

Cal parlar d'un temps passat i d'un de present en què la vulnerabilitat de tots els col·lectius s'ha disparat, i encara més la d'aquells que ja de per si són més fràgils físicament, per la seva edat i socialment.

### **Drets de la ciutadania**

#### **Principi de beneficència**

**Accessibilitat.** Els ciutadans i ciutadanes han vist com l'administració pública en general ha tancat les portes. L'accessibilitat física s'ha impedit, però no a canvi d'una accessibilitat telemàtica correcta i suficientment ajustada a la nova realitat. És indiscutible que cal protegir tant personal com pacients i, que amb aquest objectiu, cal reforçar altres vies de comunicació. Malgrat la covid-19, altres situacions seguien la seva evolució i s'esdevenien, amb el consegüent risc d'endarrerir o no prestar l'atenció sanitària tant de patologies agudes com de pacients crònics que necessiten seguiment. Cal recordar que el bon control de les patologies cròniques sembla millorar la resolució de la patologia per la covid-19.

El personal de l'ICS, en tots els estaments, com a col·lectiu al qual pertanyem el grup del CEAAPICS, interdisciplinari, comentem que l'emoció més comuna ha estat la **por**.



Por d'agafar la malaltia, d'encomanar-la, de no fer bé la feina per no valorar bé els casos, tant en l'activitat presencial, telefònica o virtual. Pels ingressos, pel suport social, per la incertesa relacionada amb el diagnòstic i els tractaments, per la manca de material de seguretat, com els EPI, etc. Es pateix per les activitats que queden sense fer, relacionades amb les patologies cròniques per a les quals es recomana un bon control per minimitzar les complicacions en cas d'infecció per la covid-19 i per aquelles situacions que no es consulten.

També hi ha por per no poder tenir cura correcta de la pròpia família, per estar aïllats de tothom, fet que facilita pensaments negatius, per la càrrega de feina que ha impedit reflexió, valoració i introducció de millores, ja que els canvis de protocols en direccions contràries han estat freqüents.

S'ha interromput la feina habitual per atendre l'emergència però, com retornarem a l'activitat habitual, a tot allò que cal fer perquè és urgent, important, necessari i que és l'essència de l'atenció primària? Com recuperarem l'atenció biopsicosocial? Què ha passat amb la longitudinalitat?

L'accessibilitat és un dels puntals de l'atenció primària que sempre ha donat confiança i, en aquests moments de pandèmia, s'està fent una feina de contenció, control i atenció.

Per mesures de seguretat, l'accés físic als centres està limitat. L'alternativa és el telèfon i el correu electrònic per a consultes, i té poca essència humana. S'han iniciat les videoconferències amb pacients, sense mesures de seguretat. Els tràmits i dubtes burocràtics s'han de resoldre fora de les consultes. Aquesta és una demanda feta fa molts anys. Molts professionals ja feien servir el telèfon i l'eConsulta quan es creia convenient. Actualment s'ha transformat en l'eina principal. No poder personalitzar aquesta atenció mèdica i sanitària pot portar a **maleficència**. Es poden arribar a resoldre entre 40 o més consultes al dia, amb poques dades i moltes de les quals sense percepció real d'allò que està passant. Els pacients també perceben el telèfon o l'ordinador com una barrera.

Troben que els criteris aplicats al territori i al llarg del temps han estat molt diferents i canviant. Les actuacions i criteris sanitaris no han estat els mateixos a tots els centres d'atenció primària (CAP). Entenem la diversitat territorial i que la diferencia entre poblacions porti a poder adaptar-se a les característiques i necessitats de cada lloc, però hi ha hagut professionals amb centres tancats que s'han anat desplaçant per diversos CAP i cadascun funcionava diferent, fet que ha dificultat la feina i ha generat estrès.

Alguns serveis han evitat anar als domicilis per evitar contagi pacient-sanitari-pacient i d'altres, com Obstetrícia i Pediatria, s'han vist abocats a fer-ho per reduir l'accés als centres. Precisament són aquests serveis els que han viscut una retallada més important en les activitats habituals, les quals caldrà reflexionar molt bé com fer per recuperar i tornar a la normalitat. Què pot passar amb les vacunacions i revisions dels infants sans que s'han posposat o no s'han arribat a administrar, per exemple?

Tot plegat ha generat desconcert i sobre esforç adaptatiu. Hem arribat a uns moments en què els professionals estan cansats i la ciutadania tipa.

**Beneficència i maleficència.** Des del Ministeri de Sanitat i el Departament de Salut s'ha fet un esforç ingent per protocol·litzar tota actuació entorn dels SARS-CoV-2 i la covid-19. A partir d'aquí, els serveis sanitaris hem rebut i sofert una pluja de protocols organitzatius amb canvis mínims que calia aplicar amb celeritat i que es justificaven i explicaven escassament, en detriment de la informació real i clínica que ens mancava per treballar. Hem vist com en



diferents centres, experts i expertes es donaven l'esquena en lloc de col·laborar. Fet que ha pogut semblar un atac de competència científica per aconseguir la “quota de pantalla corresponent”, per arribar el primer a fer el protocol o desenvolupar un projecte de recerca.

En algun territori, canvis en el maneig dels pacients per un projecte de recerca s'han vestit com a canvi de protocol institucional, havent de ser, aquest punt, desmentit per la Direcció Gerència de l'ICS i pel Departament de Salut. Els pacients han rebut seguiments diferents en funció de la clínica i l'interès dels estudis clínics en marxa, fets que no s'han comunicat a l'atenció primària i n'ha dificultat molt el seguiment. En definitiva, els professionals han assumit unes càrregues excessives pels canvis continus de protocols, canvis organitzatius constants (gestió de les urgències, al CAP, als domicilis, a les residències, als hotels salut, etc.); i també per la manca de coordinació entre els diferents nivells assistencials i també per la manca de coordinació i comunicació sobre el que és l'activitat assistencial i la de recerca, tan imprescindible en aquests moments. Val a dir que des del CEAAPICS veiem preocupant aquesta allau de dades que s'ha generat, no sempre ben endreçada i ordenada, la qual no es tradueix en coneixement útil per a la presa de decisions, més quan hi ha molt poc espai per reflexionar sobre què fer i com fer-ho.

S'ha perdut i es desconeix quan es recuperarà l'atenció a pacients amb malalties cròniques, que comporta també complicacions per la pròpia patologia i en algun cop relacionada amb la covid-19. Hem passat de controlar estretament i potser sobrecontrolar a deixar-ho en mans de les persones usuàries, excepte algunes situacions comptades (cures, TAO). S'han pres decisions sobre tractaments a pacients en entorn de covid-19 que no sabem com es traduiran en el futur: espaiar controls hematològics amb clozapina, espaiar controls en pacients tractats amb cumarínics, tractar tots els pacients que necessitin iniciar anticoagulants amb anticoagulants d'acció directa, renovació de plans de medicació sense les activitats de valoració relacionades, etc.

**Model d'atenció a les persones institucionalitzades.** En plena crisi, el Departament de Salut va decidir assumir la gestió de les persones institucionalitzades anteriorment en mans del Departament d'Acció Social i Ciutadania. Aquest fet es va traduir en el traspàs de moltes de les residències de la Gerència Territorial de Barcelona, Metropolitana Nord i Metropolitana Sud, distribuïdes de forma desigual en el territori, dels equips EAR de MUTUAM als CAP de l'ICS, sense incrementar ni valorar els recursos sanitaris que es necessitaven, ni les mancances de les quals es partia.

Aquest model no era compartit per la resta del territori de Catalunya, perquè eren gestionades pels EAP. En el moment del traspàs, que es va fer a primers del mes d'abril, molts dels professionals de les residències estaven malalts o en quarantena, per la qual cosa, a la immediatesa del traspàs, es van sumar moltes mancances, com ara de personal i de falta d'informació sanitària de les persones institucionalitzades i les seves famílies.

Certament, la gestió sanitària de les residències pot haver estat subòptima i molt millorable; ara bé, el que no ens podem permetre com a societat és fer canvis en la gestió actuant a batzegades, ja que això només pot portar a augmentar el mal existent. Des del CEAAPICS creiem que urgeix debatre, definir i prendre decisions sobre el model d'atenció a les persones grans, urgeix definir si se les vol atendre de forma prioritària a casa o a les residències i, en consonància amb això, urgeix també assignar els recursos necessaris, tant a les residències com als CAP, per poder redreçar l'atenció i retornar-los la dignitat i l'autonomia que es mereixen.

Actualment, la gestió és totalment fragmentada, amb unes ràtios de professionals infradimensionats. Són els professionals de les residències qui valoren, manegen i cuiden les persones i uns altres d'aliens (equips EAR de MUTUAM, EAP) qui fan les gestions (derivacions, proves complementàries, prescripcions, etc.). A més, en molts casos, el sistema d'informació no és compartit, per la qual cosa hi ha dades sanitàries que no



consten, estan infraregistrades o són inexactes a la història clínica compartida de Catalunya. El risc de maleficència, problemes de seguretat i “cadena d'errors” és altíssim.

**Autonomia.** No hi ha hagut espai per poder respectar aquest principi, tant en persones usuàries com en professionals. S'ha decidit verticalment quan, com i a qui es feien les proves diagnòstiques, els ingressos, el procés d'atenció en general, l'organització als centres, els torns de treball, etc. Ens hem trobat amb PCR només accessibles als hospitals, quan era a l'atenció primària on arribaven la major part dels pacients i on calia fer un cribatge eficient i un aïllament (quarantena) de la població correcta. Ara, les PCR són accessibles des de molts punts i poden passar per davant de les avaluacions clíniques.

Amb les baixes laborals també s'ha vulnerat aquest principi, amb alertes i protocols canviant que impediexen i es contraposaven al criteri del professional.

Les persones grans que es posaven malaltes o es quedaven soles també han patit una retallada en la seva autonomia, en la decisió, entre altres, de quedar-se a casa, com relacionar-se amb els seus familiars, i per endarreriment de prestacions i poca presència dels serveis socials no sanitaris dels quals depenen la major part de les prestacions. Hi ha hagut moltes “finestretes tancades”.

Volem posar èmfasi en el gran treball que han fet els treballadors i treballadores socials dels equips d'atenció primària, malgrat ser pocs i tenir pocs recursos a l'abast.

**Confidencialitat.** Independentment del nombre de visites presencials que fem, cal plantejar-se l'accés als centres, saber per quina via ens comuniquem amb les persones usuàries i quan. No es poden mantenir cues al carrer on es demana el motiu de consulta, amb unes distàncies que impedeixen la confidencialitat.

Hem de ser curosos en aquestes files d'espera que es formen amb diferents persones i diferents necessitats. Per exemple, gent gran que necessita seure, gent malalta que pot tenir la covid-19 i gent que ve per altres patologies. Estem posant en la mateixa fila gent molt més vulnerable que altres i fins i tot infectats per la covid-19.

Voldríem fer algunes **reflexions**.

Cal organitzar grups de treball per problemes, amb la implicació dels professionals de primera línia, per organitzar una nova normalitat que permeti gestionar aquesta situació que si bé va ser excepcional, ara és present i no en sabem la durada, fent-hi front cap a una nova normalitat, sense perills i sense pors, per recuperar una primera línia sanitària com la que teníem, de qualitat i altament satisfactòria.

Calen grups generals al Departament de Salut i grups territorials als SAP des d'on es coneix l'estructura dels centres i les necessitats dels veïns i es pot treballar el com fer les coses adaptades a cada realitat. Els grups de treball del Departament de Salut han de tenir una representació àmplia de l'atenció primària de salut, tan menysvalorada i infrarepresentada en l'actual crisi sanitària. I aquesta representació ha de ser multidisciplinària i, sobretot, de l'ICS, en tant que principal proveïdor sanitari.

A títol d'exemple, en l'actual Comissió Assessora per al Tractament Farmacològic de la Infecció per SARS-CoV-2, del Departament de Salut hi ha tres professionals de medicina de família, cap dels quals pertany a l'ICS. Cal treballar l'atenció domiciliària, a la cronicitat, l'atenció als infants sans, les vacunacions sistemàtiques i les no sistemàtiques en el nen i la nena i l'adult (grip, pneumònia...), l'atenció a la dona embarassada, etc. Per tant, volem que davant del pessimisme de la raó s'avanci cap a l'optimisme de la unitat, volem avançar cap a un sistema sanitari més autònom, amb molta més capacitat de decisió i d'organització (un sistema on els que manin no es creixin, siguin transparents en el procés de presa de decisions i rendeixin comptes de la seva gestió).



Recuperar l'organització dels centres de manera que, malgrat la diferent tipologia entre barris i poblacions de Catalunya, l'atenció sigui homogènia, equitativa, proporcional, mantingui la qualitat i no respongui a criteris directius directes als centres.

Hem de donar lloc a totes les persones, tant al col·lectiu que pot usar mitjans tecnològics, com a les que no hi poden o tenen accés, a les que necessiten visita presencial, al CAP o al domicili.

Cal implicar tots els col·lectius que treballem als centres en aquesta tasca: el personal administratiu ajudant en les tasques no assistencials i en ordenar l'assistència; el personal d'infermeria per poder fer el seguiment de les patologies cròniques com han fet fins ara, però augmentant l'autonomia de decisions en temes com la prescripció infermera, i millorant la formació en resolució de problemes com la lectura dels resultats de les anàlisis. Cal exigir de l'administració sanitària que la prescripció infermera sigui una realitat, i que s'agiliti l'accés a la prescripció electrònica per part d'infermeria.

Treballar la “jerarquització” en tasques existent als centres, que prima el servei que dona el col·lectiu mèdic en detriment de la resta de col·lectius; cal obrir una reflexió profunda sobre aquesta qüestió i emprendre accions informatives, formatives i de gestió per canviar aquesta concepció obsoleta.

La seguretat dels professionals no pot tornar a estar en risc per culpa de la manca de material, cal que es puguin protegir i sentir segurs en el treball, considerant el factor por dins d'aquesta organització. Tothom ha de tenir el material necessari, sense malbaratar, i no pot escatimar-se i guardar-se sota clau, com ha passat, no per evitar robatoris, que caldria analitzar a part, sinó per poder tenir el necessari.

Hi ha hagut grans mancances en fer passar per davant de l'atenció primària serveis externs com l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) o el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), que s'han mostrat clarament insuficients, desorganitzats i desinformat. Cal posar control i exigir qualitat, com se'ns ha demanat a l'atenció primària i als hospitals. Cal una veritable coordinació, no fer-ho veure o tenir un autèntic caos.

El col·lectiu sanitari és, en gran part, vocacional i això implica compromís cap a les persones usuàries i l'organització, però hem de fugir de decisions tècniques basades en ideologies i evitar la burocràcia excessiva. Tenim alguns exemples de com es van fer les primeres PCR a col·lectius no bàsics pel funcionament social, com clubs d'esport, abans que a professionals de medicina de família i d'infermeria.

Així mateix, ens hem trobat amb problemes per fer gestions i prescripcions per una excessiva burocràcia altament ineficient i que seria el moment de replantejar-se; en tenim exemples amb la validació sanitària dels absorbents d'incontinència urinària, els registres de la medicació de pacients amb Alzheimer i hipercolesterolèmia familiar heterozigots al Portal del CatSalut, o els dobles registres i control que ha exigít CatSalut per poder gestionar els “deutes” de medicació èxits o els deutes dels equips EAR MUTUAM d'abans del 10 d'abril de 2020, moment en què es va fer el traspàs a les residències.

El compromís ens porta a acceptar situacions que no són del tot correctes i que es poden minvar amb una bona planificació. Si no es redrecen, els “mal funcionaments” poden traduir-se no només en no poder prestar l'atenció en temps i forma adient, sinó també en manca de beneficència i fins i tot maleficència, a banda d'alterar totalment la confidencialitat només per “controlar”. Urgeix una reflexió sobre aquesta burocràcia excessiva i les càrregues que podríem evitar, urgeix trencar possibles cadenes “d'errors” i traslladar la reflexió allà on





recaiguin les competències, ja sigui la Direcció Gerència de l'ICS, el CatSalut, el Departament de Salut o el Ministeri de Sanitat.

La covid-19 ha vingut, sembla que li ha agradat i potser es queda. Hem de treballar per evitar una nova crisi i, si arriba, que ens trobi més ben organitzats.

- Organitzar els centres assistencials, de manera que els pacients amb sospita quedin completament separats dels que acudeixen per una altra situació, sigui crònica o de nova aparició, i seguir amb la longitudinalitat de l'atenció primària. Si no es pot, buscar llocs per atendre un dels dos grups separatament.
- Dotar els centres que vagin a atendre pacients covid-19 de material de seguretat, estructural i de protecció i de cribratge (PCR) i seguiment (serologies, ecografies).
- Equipar els centres de pacients no covid-19 també d'estructures de seguretat per un possible contagi però permetent una atenció més normalitzada i allunyada de la situació urgent.
- Fer campanyes informatives àmplies i constants de com és el funcionament del centre de salut, els serveis de salut en general i els del barri, per resoldre dubtes de la població general, de com es vacunaran els nens i nenes, i de la grip als adults, com demanen visita. Cal promoure i fer campanyes específiques sobre el Document de voluntat anticipades (DVA) i el Pla de decisions anticipades (PDA), tan poc usats per la ciutadania en l'actualitat i que ens haurien permès observar la seva autonomia si s'haguessin exercit en l'actual context de pandèmia.
- Corresponsabilitzar les persones usuàries, recordant i reforçant les mesures de seguretat en les quals poden col·laborar, en com s'han de fer servir les mascaretes, neteja de mans i distàncies de seguretat, però també atenció a la gent gran, ús correcte de la sanitat, etc. Proveir-los d'eines de comunicació que permetin fer detecció precoç dels problemes, covid-19 i no covid-19, obrir espais de participació i debat, de suggeriments per afrontar la crisi.
- Revisar les plantilles dels centres i dotar-les dels recursos suficients i formar el personal per poder absorbir períodes de baixes laborals i aïllaments.
- Treure al màxim la burocràcia de les consultes, aclarir i informar el personal dels períodes i motius de baixa laboral. Fer participar l'ICAM en la feina relacionada amb el treball i no sols en el control dels professionals.
- Cuidar les persones, promoure espais de cura, tant per a les persones usuàries com per als treballadors i treballadores. Cuidar les persones vol dir ajudar-les a exercir la seva autonomia, reconstruir-la quan és vulnerable, fràgil, trencada, reforçar els DVA i els PDA, tenir-ne cura especialment al final de la vida, cuidar l'atenció espiritual a les persones... Ajudar-los a vèncer la malaltia i, si no, donar qualitat al seu final de vida com hem fet fins ara.
- Cuidar els professionals vol dir evitar jerarquitzacions absurdes i assignar recursos i espais on compartir experiències en l'actual situació i prevenir i rearmar-los emocionalment i psicològicament per combatre els estralls de la covid-19. Hem de tenir present que s'ha fet una crida a incorporar-se a persones encara no llicenciades o professionals que havien acabat d'entrar al mercat laboral, persones que poden ser molt més fràgils en l'actual situació de pandèmia bé per aquests motius o bé per d'altres que caldria detectar.

En resum:

- ✓ Organitzar grups de treball amb professionals assistencials, multidisciplinaris i amb àmplia representació de l'atenció primària.
- ✓ Preveure en tot moment el material necessari, des de la mascareta als respiradors. Disposar d'informació clara quant al seu ús, manteniment i renovació.
- ✓ Formar els professionals sobre la malaltia amb criteris unificats, clars i a l'abast.



- ✓ Posar a disposició de forma àgil i sintètica les fonts d'informació contrastades i les noves evidències, evitant duplicitats i "malfuncionaments" en enviaments i difusions, problemes de seguretat.  
Així mateix, proporcionar suport psicològic i emocional als professionals.
- ✓ Separar espais covid-19 i no covid-19 als centres i, si no és possible, accedir a nous espais per visitar.
- ✓ Facilitar l'accés controlat als centres, però sense vulnerar la dignitat. No cal que la gent esperi al carrer; l'entrada ha de ser fluïda i no un coll d'ampolla.
- ✓ Informar la ciutadania d'allò que ha de fer per a la seva cura personal i la dels altres, i de com pot col·laborar per a la bona gestió del sistema de salut i els filtres que pot tenir en arribar als centres.
- ✓ Facilitar l'accés a noves tecnologies, correu electrònic, eConsulta i videoconferències, actives, ampliades i facilitades. Fomentar l'accés de la ciutadania a La meva salut.

## Residències

**Garantir l'autonomia del pacient** (promoure DVA i PDA). A les residències hi va majoritàriament gent que pot ser considerada exclosa de la societat i on es concentra la vulnerabilitat. Les situacions han estat dramàtiques per manca de previsió i, en alguns casos, per mala gestió dels centres. Cal recordar que en la seva àmplia majoria són de gestió privada i que unes poques empreses concentren la gestió de moltes residències a l'Estat.

És una situació complicada pel seu vessant social. Són persones grans i malaltes, en molts cops relacionades amb familiars també grans i malalts i assistides per un col·lectiu professional altament precaritzat. Urgeix encetar un debat social sobre com volem atendre a aquestes persones i, en general, sobre la presa de decisions i assignació de recursos sanitaris i socials, quants recursos es necessiten i com s'assignen.

Cal revisar i millorar com hem fet front a l'alta mortalitat, com hem gestionat els comiats de les famílies.

## Proposem

Millorar la gestió de les residències, de les plantilles, amb formació del personal i revisió de la seva situació laboral. Dignificar l'estada i dignificar el treball.

Previsió de què fer per prevenir un nou brot. Material de seguretat en l'atenció i la neteja, distàncies de seguretat. Revisar com s'ha fet per resoldre la primera onada i valorar què fer en les properes.

Priorització del cribratge del personal i de les persones usuàries per davant d'altres col·lectius, ja que hem pogut veure com actua el coronavirus en un col·lectiu tancat.

Valorar l'assistència sanitària que disposa, en quantitat i en qualitat, fer formació dels professionals, tant tècnica com de gestió psicològica i emocional per fer front a la mort i a l'acompanyament en les fases finals de la vida (de forma similar a com ho fan les unitats de cures pal·liatives). Es necessiten professionals entrenats, formats, motivats, incentivats i amb estabilitat laboral, no "cremats psicològicament i emocionalment". La integració en els EAP podria ser una bona solució però, aleshores, cal revisar la dotació de la seva plantilla, atès que la càrrega d'un col·lectiu tan fràgil és molt alta.



Donar als professionals de la residència autonomia en l'organització del centre, però demanar-los responsabilitat.

El personal de les residències ha de tenir els mateixos recursos per treballar que els centres d'atenció primària. Per tant, cal agilitar l'accés a ECAP/història clínica compartida dels professionals i l'accés a les eines d'informació i suport a la presa de decisions que tenen els professionals del sistema sanitari públic.

També cal agilitar l'accés de la ciutadania a La meua salut i estimular el DVA i PDA en aquestes persones.

En general, proposem construir una nova normalitat que tingui tot allò bo de l'antiga, però també construir un simulacre de nou per si ve un brot sever, per recollir allò que hem après, fer pactes amb hotels i altres serveis, revisar el flux de material, la fabricació de material. Tot el que ha anat sorgint espontàniament de la societat, tornar-ho estructural.

Revisar i reforçar la beneficència, la confidencialitat, el respecte a la dignitat i l'autonomia d'usuaris i usuàries i treballadors i treballadores. Actuar de forma radical en contra de la maleficència, revisar les cadenes d'errors i la seguretat, actuar de forma preventiva i posar tallafocs allà on escaigui.

Els professionals del CEAAPICS, per sentit de la responsabilitat, ens prestem a col·laborar en els treballs de resolució de problemes i en tot allò en què la Direcció Gerència de la institució o les instàncies superiors estimin convenient.

Acabem amb paraules d'un company del CEAAPICS: "Que l'emergència o la graveta, ara sigui l'excusa per fer desaparèixer l'esperit crític que, cal no oblidar-ho, és l'origen de la ciència." - Jordi Xandri. Reflexions, a propòsit, enmig de la pandèmia. Consultable a [CEAAPICS.wordpress.com](https://ceaapics.wordpress.com)

Barcelona, 14 de setembre de 2020

### **Comitè d'Ètica assistencial en Atenció Primària de l'ICS**

(3a planta,. Centre Corporatiu de l'ICS. Gran Via de les Corts Catalanes, 587, 08007-Barcelona)

[cea.ics@gencat.cat](mailto:cea.ics@gencat.cat)

<https://ceaapics.wordpress.com>